



Roj: **STS 1900/2023 - ECLI:ES:TS:2023:1900**

Id Cendoj: **28079110012023100687**

Órgano: **Tribunal Supremo. Sala de lo Civil**

Sede: **Madrid**

Sección: **1**

Fecha: **08/05/2023**

Nº de Recurso: **2947/2019**

Nº de Resolución: **681/2023**

Procedimiento: **Recurso de casación**

Ponente: **FRANCISCO MARIN CASTAN**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

Resoluciones del caso: **SAP, Almería, Sección 1ª, 29-03-2019 (rec. 1346/2017),
STS 1900/2023**

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 681/2023

Fecha de sentencia: 08/05/2023

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 2947/2019

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 03/05/2023

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán

Procedencia: Audiencia Provincial de Almería, sección 1.ª

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Juan Manuel Ávila de Encío

Transcrito por: CVS

Nota:

CASACIÓN núm.: 2947/2019

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Juan Manuel Ávila de Encío

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 681/2023

Excmos. Sres. y Excma. Sra.

D. Francisco Marín Castán, presidente

D.ª M.ª Ángeles Parra Lucán

D. José Luis Seoane Spiegelberg

En Madrid, a 8 de mayo de 2023.



Esta Sala ha visto el recurso de casación interpuesto por la demandada Cajamar Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, representada por la procuradora D.^a Aurora Gómez-Villaboa y Mandri bajo la dirección letrada de D. Luis M.^a Almajano Pablos, contra la sentencia dictada el 29 de marzo de 2019 por la sección 1.^a de la Audiencia Provincial de Almería en el recurso de apelación n.º 1346/2017, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 371/2014 del Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Almería sobre reclamación de cantidad en virtud de seguro de vida. Ha sido parte recurrida la demandada D.^a Apolonia, representada por el procurador D. Juan García Torres bajo la dirección letrada de D. Ramón Isabelo Pascual Guirao.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 27 de febrero de 2014 se presentó demanda interpuesta por D.^a Apolonia contra "CAJAMAR VIDA" (en puridad, Cajamar Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros) solicitando se dictara sentencia "POR LA QUE SE CONDENE A LA DEMANDADA:

- "1. A dar efectivo cumplimiento a la póliza de seguro de vida y a la garantía asegurada.
- "2. Proceda a cancelar los préstamos concertados por el fallecido con la entidad CAJAMAR, hasta el límite de la garantía de 160.000 euros, tal y como señala el referido seguro de vida
- "3. Proceda a indemnizar a mi mandante la totalidad de las cantidades amortizadas por ambos préstamos, y pagadas por mi principal desde la fecha de fallecimiento del asegurado y hasta que se produzca la efectiva cancelación de los mismos, cantidades a las que se habrán de añadir los intereses del artículo 20 LCS.
- "4. Una vez amortizados y cancelados dichos préstamos, que PROCEDA a entregar a mi principal, -en su calidad de heredera del asegurado y beneficiaria de la póliza-, la cantidad sobrante
- "5. Se abonen a mi principal los intereses del artículo 20 LCS respecto del sobrante, tras la cancelación de ambos préstamos.
- "6. Al pago de las costas del presente juicio".

SEGUNDO.- Repartida la demanda al Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Almería, dando lugar a las actuaciones n.º 371/2014 de juicio ordinario, y emplazada la aseguradora demandada, esta compareció y contestó a la demanda planteando la excepción de falta de legitimación activa, oponiéndose también en cuanto al fondo y solicitando por todo ello la desestimación íntegra de la demanda con imposición de costas a la demandante.

TERCERO.- Recibido el pleito a prueba y seguido por sus trámites, la magistrada-juez del mencionado juzgado dictó sentencia el 15 de mayo de 2017 desestimando íntegramente la demanda con imposición de costas a la demandante.

CUARTO.- Interpuesto por la demandante contra dicha sentencia recurso de apelación, al que se opuso la demandada y que se tramitó con el n.º 1346/2017 de la sección 1.^a de la Audiencia Provincial de Almería, esta dictó sentencia el 29 de marzo de 2019 con el siguiente fallo:

"Que con ESTIMACIÓN del recurso de apelación deducido contra la Sentencia 81/2017, de 18 de mayo, dictada por la Sra. Jueza del Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Almería en autos 371/2014 del que deriva la presente alzada,

- "1.- REVOCAMOS la referida sentencia, que dejamos sin efecto.
- "2.- En su sustitución, ESTIMAMOS la demanda presentada por D.^a Apolonia contra CAJAMAR VIDA.
- "3.- En consecuencia, CONDENAMOS a la demandada a dar efectivo cumplimiento a la póliza de seguro de vida y a la garantía asegurada en los términos que fue concertada.
- "4.- CONDENAMOS a CAJAMAR VIDA a que cancele los préstamos concertados por el fallecido con la entidad Cajamar, hasta el límite de la garantía de 160.000 euros.
- "5.- CONDENAMOS a CAJAMAR VIDA a indemnizar a la actora la totalidad de las cantidades amortizadas por ambos préstamos y pagadas por ella desde la fecha de fallecimiento del asegurado y hasta que se produzca la efectiva cancelación de los mismos, a las que habrá que añadirse el interés en los términos del art. 20 LCS.
- "6.- CONDENAMOS a CAJAMAR VIDA a, una vez amortizados y cancelados dichos préstamos, a que proceda a entregar a la actora, en su calidad de heredera del asegurado y beneficiaria de la póliza, la cantidad sobrante.
- "7.- Con imposición de costas en primera instancia.



"8.- Sin imposición de costas en esta alzada".

QUINTO.- Contra la sentencia de segunda instancia la aseguradora demandada-apelada interpuso recurso de casación al amparo del ordinal 3.º del art. 477.2 LEC, por interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala, articulado en tres motivos con los siguientes encabezamientos:

"PRIMER MOTIVO DE CASACIÓN: INFRACCIÓN DE LOS ARTÍCULOS 10 Y 89 LCS, EN RELACIÓN CON LA JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO SOBRE LOS REQUISITOS PARA QUE EL CUESTIONARIO DE SALUD PUEDA CONSIDERARSE FORMAL Y MATERIALMENTE VÁLIDO.

"Se articula este motivo de casación al amparo del artículo 477.1 LEC, entendiéndose como norma aplicable para resolver las cuestiones objeto del proceso los artículos 10 y 89 LCS. Ello en relación con la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo sobre los requisitos para que el cuestionario de salud pueda considerarse formal y materialmente válido".

"SEGUNDO MOTIVO DE CASACIÓN: INFRACCIÓN DEL ARTÍCULO 10, PÁRRAFO TERCERO, INCISO FINAL, LCS, EN RELACIÓN CON LA JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO ACERCA DE QUE, AUN SIENDO EN GENERAL LA CUMPLIMENTACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD UN ACTO PERSONALÍSIMO DEL ASEGURADO, LA CONCURRENCIA DE "MUY ESPECIALES CIRCUNSTANCIAS... DETERMINAN QUE LA INOBSERVANCIA DE ESE REQUISITO NO EXCLUYA EL DOLO DEL ASEGURADO A QUE SE REFIERE EL PÁRRAFO SEGUNDO DEL ARTÍCULO 10 LCS".

"Se articula este motivo de casación al amparo del artículo 477.1 LEC, entendiéndose como norma aplicable para resolver las cuestiones objeto del proceso el artículo 10, párrafo tercero, inciso final, LCS. Ello en relación con el criterio de ese Tribunal Supremo en sentencia nº 273/2018, de 10 de mayo de 2018, dictada en recurso de casación en interés casacional, en virtud del cual la inobservancia del requisito de que la cumplimentación del cuestionario de salud es un acto personalísimo del asegurado puede excluir el dolo cuando concurren muy especiales circunstancias".

"TERCER MOTIVO DE CASACIÓN: INFRACCIÓN DEL ARTÍCULO 20.8º LCS, EN RELACIÓN CON LA JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO SOBRE "CAUSA JUSTIFICADA" PARA QUE NO HAYA LUGAR A LA INDEMNIZACIÓN POR MORA DE LA ASEGURADORA".

"Se articula este motivo de casación al amparo del artículo 477.1 LEC, entendiéndose como norma aplicable para resolver las cuestiones objeto del proceso el artículo 20.8º LCS. Ello en relación con la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo sobre "causa justificada", al objeto de aplicación de dicho precepto".

SEXTO.- Recibidas las actuaciones en esta sala y personadas ante la misma ambas partes, el recurso fue admitido por auto de 23 de junio de 2021, a continuación de lo cual la parte recurrida presentó escrito de oposición al recurso solicitando su inadmisión, y subsidiariamente su desestimación, con imposición de costas a la parte recurrente.

SÉPTIMO.- Por providencia de 13 de abril del corriente año se nombró ponente al que lo es en este trámite y se acordó resolver el recurso sin celebración de vista, señalándose para votación y fallo el 3 de mayo siguiente, en que ha tenido lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El presente litigio versa sobre la reclamación de la madre del asegurado fallecido contra su compañía de seguros pidiendo el cumplimiento de un contrato de seguro de vida vinculado a dos préstamos -uno de ellos hipotecario- suscritos con una entidad de crédito del mismo grupo al que pertenecía la aseguradora. La demanda fue estimada en segunda instancia y la controversia en casación se centra, principalmente, en determinar si el asegurado infringió o no su deber de declarar el riesgo teniendo en cuenta que el seguro fue suscrito por su hermana, quien también cumplimentó y firmó el cuestionario de salud, y solo para el caso de que se considere que no lo infringió, en la procedencia de imponer a la compañía los intereses de demora del art. 20 LCS.

Son antecedentes relevantes para la decisión del recurso los siguientes:

1. Se han declarado probados o no se discuten estos hechos:

1.1. Con fecha 9 de junio de 2008, D. Felix , separado judicialmente, otorgó ante el notario de Almería D. Salvador Torres Escámez "escritura de poder general" (folios 753 y ss. de las actuaciones de primera instancia) a favor de su hermana D.ª Cristina , soltera, "para que en nombre y representación de la parte poderdante, aunque exista concurrencia u oposición de intereses o se incida en la figura jurídica del autocontrato, ejercite

las siguientes facultades, que deberán entenderse en sentido amplio y no restrictivo". Entre dichas facultades no se mencionaba expresamente la contratación de seguros.

1.2. El 23 de octubre de 2008, Cajamar Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros (en adelante Cajamar Vida o la aseguradora), suscribió con D. Felix , identificado en el documento contractual (póliza n.º NUM000) como "tomador/asegurado", con domicilio en C/ DIRECCION000 NUM001 de Almería, un seguro de vida anual renovable denominado "Seguro Vida Riesgo Financiación" que, por lo que ahora interesa, cubría el riesgo de fallecimiento del tomador/asegurado con una suma de 160.000 euros (doc. 7 de la demanda).

El seguro estaba vinculado a dos préstamos, uno de ellos hipotecario (docs. 5 y 6 de la demanda), concedidos ese mismo mes y año al asegurado por la entidad financiera Cajamar Caja Rural, Sociedad Cooperativa de Crédito (en adelante Cajamar), perteneciente al mismo grupo que la aseguradora, razón por la cual en las condiciones particulares de la póliza (pág. 1) se designó a la prestamista como primera beneficiaria "hasta donde alcance para cancelar cualquier deuda contraída con dicha Entidad y pendiente de liquidar por el asegurado en la fecha del siniestro", y, en cuanto al exceso o sobrante, al cónyuge supérstite y los hijos por partes iguales, y en su defecto, a los herederos legales del fallecido.

En dicho documento de condiciones particulares también figuraba el siguiente texto:

"El Tomador/Asegurado reconoce haber recibido antes de la firma de este contrato la nota informativa del seguro conforme a las disposiciones reglamentarias de protección del Asegurado. Asimismo, reconoce que ha sido sometido en la misma fecha de solicitud del seguro al Cuestionario de Salud y Actividad nº < NUM002 > anexo a este contrato y que forma parte inseparable de éste".

Según la prueba pericial caligráfica practicada en las actuaciones (folio 722 de las actuaciones de primera instancia), la firma que figuraba al pie de la citada pág. 1 del condicionado particular, en el apartado "Tomador del seguro y/o Asegurado", no pertenecía al asegurado Sr. Cristina sino a su hermana.

1.2. En la póliza del seguro se incluyó el siguiente "Cuestionario de Salud y Actividad" (doc. 9 de la demanda y 1 de la contestación a la demanda, folio 248 de las actuaciones de primera instancia), que fue cumplimentado por el empleado del banco con las respuestas dadas por la hermana del asegurado, constando también, en virtud de la citada pericial caligráfica, que al pie del cuestionario se puso la firma de esta última:

De las respuestas interesa destacar las que negaban haber padecido o padecer concretas enfermedades o patologías, entre ellas "hipertensión sanguínea" (pregunta 3), tener alguna alteración física o funcional (pregunta 4) y estar bajo tratamiento médico (pregunta 6), y la que afirmó creer que el estado de salud del asegurado era bueno y sin enfermedad (pregunta 11).

1.3. En las condiciones generales de la póliza se incluyó la siguiente exclusión de cobertura (art. 2):

"QUEDAN EXCLUIDOS DE COBERTURA por este contrato de seguro y para todas las garantías contratadas LOS SINIESTROS QUE SEAN CONSECUENCIA DE LESIONES, ENFERMEDADES FÍSICAS O PSÍQUICAS O DEFECTOS FÍSICOS O PSÍQUICOS O ACCIDENTES QUE TENGAN UN ORIGEN ANTERIOR A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO, sean conocidos por el asegurado con anterioridad Y NO HAYAN SIDO DECLARADOS AL CONTRATAR EL MISMO".

1.4. En relación con los antecedentes de salud del asegurado en el momento de contratarse el seguro, consta acreditado por el historial médico (docs. 2 a 60 de la contestación) y el informe pericial de parte (aportado como doc. 61 de la contestación) que en abril de ese mismo año 2008 D. Felix ingresó en urgencias por emergencia HTA (hipertensión arterial), insuficiencia renal (valorado por nefrología), síncope y crisis hipertensiva (folio 261 de las actuaciones de primera instancia); que en mayo de 2008 sufrió un episodio de crisis comicial (folio 271 de las actuaciones de primera instancia); que también en mayo de 2008 acudió de nuevo a urgencias, donde se observó un cuadro de agudización de su insuficiencia renal, solicitando alta voluntaria (folio 415 de las actuaciones de primera instancia); que en mayo y junio de 2008 se le diagnosticó, respectivamente, anemia severa y sintomática; que en el mismo mes de junio de 2008 ingresó de nuevo por urgencias por otro síncope y, en fin, que en agosto de 2008 sufrió HSC (hiperplasia suprarrenal), solicitando alta voluntaria.

1.5. El Sr. Felix falleció el 31 de enero de 2013, siendo la causa inmediata de la muerte una parada cardiorrespiratoria por disociación electromecánica derivada de acidosis, que a su vez traía causa de la insuficiencia renal que padecía desde hacía años.

1.6. El fallecido no había otorgado testamento (así resulta del certificado del Registro General de Actos de Última Voluntad aportado con la demanda, folios 49 y 50 de las actuaciones de primera instancia, "obtenido telemáticamente" con fecha 19 de febrero de 2013 por " Cristina , Notario de Serón").



Por "acta de declaración de notoriedad sobre declaración de herederos", de fecha 19 de marzo de 2013 (doc. 2 de la demanda), se declaró notorio que la heredera universal de D. Felix era su madre D.^a Apolonia .

1.7. Comunicado el siniestro a la aseguradora, esta lo rechazó definitivamente por carta de fecha 2 de agosto de 2013 (doc. 24 de la demanda) al considerar que el fallecimiento traía causa de problemas de salud preexistentes a la firma del contrato y ocultados por el asegurado:

"Analizada toda la documentación médica aportada, se observan diferencias significativas entre los datos de salud reflejados en el momento de contratar la póliza con los datos que se desprenden del análisis de la misma. Dichas diferencias afectan directamente a la valoración del riesgo e implican que de haberse conocido la situación de salud real no se hubiese aceptado la contratación de la Póliza".

1.8. La hermana del asegurado solicitó la práctica de diligencias preliminares (actuaciones n.º 1213/2013 del Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Almería) para que por la aseguradora se exhibiera, en lo que ahora interesa, copia del cuestionario de salud. En la comparecencia celebrada el 6 de febrero de 2014 la compañía aportó copia del citado cuestionario (folios 129 y 130 de las actuaciones de primera instancia).

2. A finales del mismo mes de febrero de 2014 la madre del asegurado promovió el presente litigio contra la compañía de seguros interesando el cumplimiento de contrato y, en concreto, que se la condenara a cancelar los préstamos vinculados hasta el límite del capital asegurado, a indemnizar a la demandante por importe de todas las amortizaciones mensuales que había tenido que satisfacer tras el siniestro, más intereses del art. 20 LCS, y a entregar a la demandante el sobrante, por su condición de beneficiaria y heredera, más intereses del art. 20 LCS.

En apoyo de sus pretensiones alegó, en lo que ahora interesa y en síntesis: (i) que el asegurado no había infringido su deber de declarar el riesgo porque la aseguradora no le presentó un verdadero cuestionario sino un documento carente de valor jurídico como tal, que además ni siquiera fue cumplimentado ni firmado por el asegurado ("el asegurado no pudo incurrir en dolo, ya que no se le sometió y por tanto no formalizó cuestionario alguno"); y (ii) que la aseguradora debía satisfacer los intereses de demora del art. 20 LCS desde la fecha del siniestro porque su oposición al pago no estaba justificada al no haber discusión razonable sobre la existencia del siniestro ni sobre su cobertura.

3. La aseguradora demandada se opuso a la demanda alegando, en síntesis: (i) que la demandante carecía de legitimación activa para reclamar el pago para sí, dado que a fecha del siniestro subsistía una deuda con la entidad financiera prestamista designada en la póliza como primera beneficiaria (excepción de la que luego desistió); (ii) que el asegurado había infringido su deber de declarar el riesgo al ocultar dolosamente a la aseguradora información conocida y relevante sobre su estado de salud (en concreto, que antes de suscribir la póliza había sido diagnosticado de hipertensión e insuficiencia renal, necesitando diálisis, así como que era "fumador habitual de más de 40 cigarrillos al día") por la que fue preguntado mediante un cuestionario válido y eficaz, que firmó y fue cumplimentado con sus respuestas; (iii) que, además, en la propia póliza se contenía una exclusión de cobertura referente a enfermedades preexistentes; y (iv) que no procedía la condena al pago de los intereses del art. 20 LCS al estar fundada su negativa al pago en causa justificada o no imputable a la aseguradora.

4. La sentencia de primera instancia desestimó la demanda y condenó en costas a la demandante.

Razonó, en síntesis, lo siguiente: (i) como la póliza y el cuestionario fueron firmados por la hermana representante del asegurado (que la firma era de su hermana debió probarse con pericial caligráfica practicada a raíz de que en el acto de la audiencia previa se conociera que la firma que aparecía en aquellos documentos no era la del asegurado), ella, como tomadora y "destinataria de todo los deberes", era la que tenía el deber de veracidad en la declaración del riesgo "como si de este mismo se tratase"; y (ii) no era cierto que no se le presentase un verdadero cuestionario, ni que el presentado fuera genérico ni que fuera contestado por un empleado del banco (pues la aseguradora, que renunció a interrogar a D.^a Cristina , no había probado tal hecho), debiéndose entender que fue cumplimentado con las respuestas de la tomadora, quien, visto el tenor de la documentación médica unida a las actuaciones y la pericial, ocultó a sabiendas patologías graves que sufría su hermano y por las que fue preguntada, como que padecía hipertensión y tenía una insuficiencia renal para cuyo tratamiento necesitaba diálisis, patologías todas ellas diagnosticadas antes de firmar el contrato y vinculadas con la causa de su fallecimiento.

5. La sentencia de segunda instancia, estimando el recurso de apelación de la demandante, revocó la sentencia de primera instancia y estimó íntegramente la demanda, sin imponer a ninguna de las partes las costas de la segunda instancia e imponiendo las de la primera instancia a la demandada.

Sus razones son, en síntesis, las siguientes: (i) en casos como este, en los que la aseguradora conoce la falsedad o inexactitud pero sin embargo no opta por resolver el contrato, aquella no puede alegar dolo del



asegurado; (ii) además, no puede imputarse dolo al asegurado en un caso como este en que, contrariamente a lo alegado por la compañía, no es que esta se viera sorprendida por la contratación del seguro por la hermana del asegurado y tuviera que esperar al resultado de la pericial caligráfica para darse cuenta de que no era del asegurado la firma que aparecía en la póliza y en el cuestionario, sino que la aseguradora aceptó desde un principio que el seguro de vida se contratase por aquella con poder (lo que no puede considerarse un hecho nuevo), sin exigir la presencia del asegurado ni en la firma de la póliza ni en la cumplimentación y firma del cuestionario de salud, forma de proceder por parte de la compañía que evidencia que el cuestionario fue un mero formalismo, un mero simulacro de cumplimiento de las obligaciones que incumbían al asegurador; (iii) aunque no existe obstáculo legal para contratar un seguro por poderes, no obstante las manifestaciones de salud deben hacerse por el propio interesado, el sujeto cubierto por el seguro, dado que "un poder no se entiende comprendido a actos personalísimos"; (iv) en definitiva, estamos ante un seguro del art. 83 LCS (tomador y asegurado personas distintas) y "un seguro con disociación entre tomador y asegurado está sometido a cautelas de consideración", en particular que solo al asegurado le competía expresar su estado de salud, de modo que no procede apreciar la existencia de infracción del deber de declarar el riesgo por tratarse de un cuestionario "estereotipado", que fue firmado "por alguien cuya cabeza no estaba asegurada ni podía informar sobre el estado de salud de un tercero, por mucho que sea la hermana del fallecido y notaria (en realidad estas dos últimas cosas no acreditadas)"; y (v) la estimación íntegra de la demanda comprende la imposición a la aseguradora de los intereses del art. 20 LCS, "dado que no consta consignación alguna en este caso".

6. La aseguradora interpuso recurso de casación por interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala sobre infracción del deber de declarar el riesgo (motivos primero y segundo) y, en todo caso, concurrencia de causa justificada para la no imposición de los intereses de demora a la aseguradora (motivo tercero), interesando la desestimación de la demanda.

7. En su oposición al recurso la demandante recurrida ha solicitado su desestimación, tanto por causas de inadmisión como de fondo, con imposición de costas a la recurrente.

SEGUNDO.- Los dos primeros motivos del recurso se encuentran estrechamente vinculados entre sí y van a ser objeto de examen y decisión conjunta.

El motivo primero se funda en infracción de los arts. 10 y 89 LCS en relación con la jurisprudencia de esta sala sobre los requisitos que han de concurrir para que el cuestionario de salud pueda considerarse formal y materialmente válido y para que, al cumplimentarse, pueda apreciarse la existencia de ocultación dolosa por parte del asegurado.

En su desarrollo argumental se alega, por lo que ahora interesa y en síntesis: (i) que el cuestionario debe considerarse formalmente válido porque consta que fue presentado al suscribirse el contrato, firmado por la hermana del asegurado y cumplimentado con las respuestas facilitadas por esta, como demuestra que se reflejasen datos personales del asegurado como el peso, la estatura y la profesión, que "de otra forma no podrían ser conocidos" por el asegurador; y (ii) que el cuestionario también se ajusta a la jurisprudencia de esta sala para que pueda considerarse materialmente válido, pues no solo es que no fuera ambiguo ni impreciso, dado que se preguntó sobre patologías o enfermedades concretas (como la hipertensión, que el asegurado ya padecía) y sobre alguna alteración física o funcional (en la que tenía encaje la insuficiencia renal que padecía y por la que precisaba diálisis), sino que, más allá del grado de precisión de las preguntas, su historial médico al tiempo de contratar denota que existían elementos significativos sobre su salud que el asegurado debía representarse como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar el riesgo (es decir, debía ser consciente de la importancia a tal efecto de sus graves patologías, previamente diagnosticadas y que, finalmente, tuvieron relación causal con el fallecimiento).

El motivo segundo se funda en infracción del art. 10, párrafo tercero, inciso final, y de la jurisprudencia de esta sala (se cita y extracta la sentencia 273/2018, de 10 de mayo) que declara que, aunque la cumplimentación del cuestionario sea un acto personalísimo, su cumplimentación por medio de representante no excluye el dolo "en muy especiales circunstancias".

En su desarrollo argumental se alega, por lo que ahora interesa y en síntesis: (i) que la sentencia recurrida considera que la cumplimentación del cuestionario por un tercero distinto del asegurado excluye la existencia de infracción del art. 10 LCS; (ii) que tal criterio desconoce que esta sala, en la referida sentencia 273/2018, entendió que la celebración del seguro y la cumplimentación del cuestionario por medio de representante no excluye el dolo del asegurado si concurren determinadas y especiales circunstancias; y (iii) que en este caso concurren esas mismas circunstancias, en concreto la condición de notaria de la tomadora, su relación de parentesco con el asegurado, la doble condición de beneficiaria y heredera de la hermana, la existencia de un poder "de ruina" en favor de la hermana, la condición de fiadora solidaria de la hermana en el préstamo



hipotecario vinculado al seguro, acto en el que el asegurado la representó, la convivencia de ambos hermanos en el mismo domicilio y, en fin, la existencia de una actuación concertada entre asegurado y hermana para celebrar el contrato y cumplimentar el cuestionario.

La demandante-recurrída se ha opuesto a los dos motivos alegando, en síntesis: (i) que son inadmisibles, el primero por carencia manifiesta de fundamento al plantear cuestiones ajenas a la razón decisoria de la sentencia recurrida y presentar un interés casacional "artificialmente e inexistente", toda vez que la vulneración jurisprudencial que se invoca solo sería posible de partirse de circunstancias distintas a las declaradas probadas, y el motivo segundo por falta de acreditación del interés casacional, pues se cita como infringida una sola sentencia de esta sala, que no es de pleno, y por carencia manifiesta de fundamento porque la recurrente obvia los hechos probados, en particular cuando considera acreditadas las especiales circunstancias que afirma concurren en este caso; y (ii) que en todo caso ambos motivos deben ser desestimados porque la sentencia aplica correctamente el art. 10 LCS y su jurisprudencia a los hechos probados, cuya revisión no cabe en casación, y no es posible partir de hechos distintos de los acreditados, en particular la posible convivencia entre hermanos, porque se plantea *ex novo* en casación, ni aceptar como hecho probado que la hermana actuara con poder suficiente para cumplimentar el cuestionario por el asegurado.

TERCERO.- No concurren los óbices de admisibilidad alegados por la demandante porque, como ha reiterado esta sala al conocer de recursos sobre el art. 10 LCS y su jurisprudencia (p.ej. sentencias 839/2021, de 2 de diciembre, 785/2021, de 15 de noviembre, 235/2021, de 29 de abril, 108/2021, de 1 de marzo, 661/2020, de 10 de diciembre, y 639/2020, de 25 de noviembre), puede ser suficiente para superar el test de admisibilidad la correcta identificación del problema jurídico planteado y una exposición adecuada que ponga de manifiesto la consistencia de las razones de fondo del recurso partiendo del respeto a los hechos probados, y estos requisitos se cumplen en este caso porque lo que se plantea en casación, con cita de las normas aplicables a la controversia (esencialmente el art. 10 LCS) y sustancial respeto a los hechos probados (toda vez que no se cuestiona que el seguro se contrató por apoderado, ni el contenido de la declaración de salud que firmó la hermana ni cuáles eran los antecedentes de salud preexistentes del asegurado), es una cuestión exclusivamente jurídica consistente en si esa declaración fue formal y materialmente válida a los efectos de que la aseguradora pudiera quedar exonerada de su obligación de pago por concurrir dolo o culpa grave del asegurado, y todo ello ha permitido a esta sala identificar ese problema jurídico y a la parte recurrida oponerse al recurso.

CUARTO.- De la muy copiosa jurisprudencia de esta sala sobre la interpretación del art. 10 LCS (entre las más recientes, las referidas sentencias 839/2021, 785/2021, 235/2021 y 108/2021, con cita de las sentencias 661/2020, de 10 de diciembre, 647/2020, de 30 de noviembre, 639/2020 y 638/2020, las dos de 25 de noviembre, 611/2020, de 11 de noviembre, 345/2020, de 23 de junio, y 333/2020, de 22 de junio), resulta de interés para el recurso:

(i) que el deber de declaración del riesgo ha de ser entendido como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que además recaen las consecuencias que derivan de su no presentación o de la presentación de un cuestionario incompleto, demasiado genérico o ambiguo, con preguntas sobre la salud general del asegurado claramente estereotipadas que no permitan al asegurado vincular dichos antecedentes con la enfermedad causante del siniestro; (ii) que el asegurado no puede justificar el incumplimiento de su deber por la mera circunstancia de que el cuestionario sea rellenado o cumplimentado materialmente por el personal de la aseguradora o de la entidad que actúe por cuenta de aquella, siempre que esté probado que fue el asegurado quien facilitó las contestaciones a las preguntas sobre su salud formuladas por dicho personal; y (iii) que lo que esta sala debe examinar es si el tipo de preguntas formuladas al asegurado eran conducentes a que este pudiera representarse a qué antecedentes de salud conocidos por él o que pudiera conocer se referían, es decir, si las preguntas le permitían ser consciente de que, al no mencionar sus patologías, estaba ocultando o silenciando datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro.

A) Sobre su validez formal, la jurisprudencia (p.ej. sentencias 378/2020, de 30 de junio, y 638/2020) viene declarando que:

"[...] la eficacia del cuestionario de salud a los efectos del art. 10 LCS no depende, ni de la forma que revista, ni de quien lo cumplimente materialmente (tomador o un empleado de la aseguradora o de la entidad que actuara por cuenta de ella -como ocurre normalmente con seguros vinculados a préstamos, con el personal de la entidad bancaria, a veces del mismo grupo), sino de que el cuestionario se redacte con las respuestas facilitadas por el tomador/asegurado. De manera que lo verdaderamente relevante para descartar la infracción del deber de declarar el riesgo por parte del tomador es que, "por la forma en que se rellenó, pueda concluirse que el tomador del seguro no fue preguntado por esa información relevante" (sentencias 72/2016, de 17 de febrero; 726/2016, de 12 de diciembre; 562/2018, de 10 de octubre; y 222/2017, de 5 de abril)".



En particular, en un caso como este de contratación del seguro por medio de una hermana, la sentencia 273/2018, citada por la recurrente, declaró, en lo que ahora interesa y en síntesis, lo siguiente:

"4.ª) La respuesta a esta cuestión debe partir de que la LCS no prohíbe contratar seguros por mandatario y de que, amparándose en esta posibilidad legal, la asegurada otorgó un poder notarial en virtud del cual la apoderada (su hermana) quedaba expresamente facultada para contratar toda clase de seguros, incluida la modalidad de vida para caso de muerte, así como para suscribir toda clase de documentos que su buen fin exigiera, como en este caso sería el cuestionario de salud, de cuya cumplimentación y resultado dependía que por el asegurador pudiera denegarse la efectividad del seguro.

"5.ª) Sin embargo, mientras la mandataria sí podía vincular a su mandante frente a la aseguradora en la contratación del seguro en sí misma (art. 1727 CC), en cambio la cumplimentación del cuestionario de salud habría exigido, en principio, una actuación personal de la propia asegurada, es decir, de la mandante, ya que los datos de salud no solamente son privados sino que, además, gozan de la condición de datos de carácter personal especialmente protegidos según el art. 7.3 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

"En consecuencia, debe afirmarse que la cumplimentación del cuestionario de salud para la valoración del riesgo en un seguro de vida es un acto personalísimo del asegurado.

"6.ª) Ahora bien, las muy especiales circunstancias concurrentes en el presente caso, valoradas en su conjunto, determinan que la inobservancia de ese requisito no excluya el dolo del asegurado a que se refiere el párrafo segundo del art. 10 LCS.

"Esas circunstancias son, en primer lugar, la doble condición, en la hermana de la asegurada, de heredera de esta y, a la vez, beneficiaria del seguro; en segundo lugar, su condición de codeudora, junto con su hermana, por razón de un mismo crédito que les concedió "La Caixa"; en tercer lugar, la convivencia constante y continuada de ambas hermanas en un domicilio común, lo que necesariamente comportaba que quien cumplimentó el cuestionario, no genérico sino más que suficientemente detallado, conociera a la perfección el precario estado de salud de la asegurada y, pese a ello, lo ocultara respondiendo negativamente a todas las preguntas respecto de las que una respuesta afirmativa y veraz habría permitido a la aseguradora valorar adecuadamente el riesgo: y por último, en consecuencia, que hubo una actuación concertada entre asegurada y apoderada para que la aseguradora no pudiera valorar adecuadamente el riesgo".

B) Sobre su validez material, la jurisprudencia también precisa que lo determinante de la liberación del pago de la prestación a cargo del asegurador no es la mera inexactitud en las respuestas del asegurado sino el dolo o la culpa grave, es decir, "la inexactitud intencionada o debida a una culpa o negligencia de especial intensidad" (sentencia 333/2020), y en cuanto a la relevancia de la relación causal entre el dato omitido y el riesgo cubierto (sentencia 345/2020, con cita, entre otras, de las sentencias 323/2018 de 30 de mayo, y 53/2019, de 24 de enero), que el incumplimiento del deber de declaración leal del art. 10 LCS precisa que concurren los siguientes requisitos:

"1) que se haya omitido o comunicado incorrectamente un dato relevante; 2) que dicho dato hubiera sido requerido por la aseguradora mediante el correspondiente cuestionario y de manera clara y expresa; 3) que el riesgo declarado sea distinto del real; 4) que el dato omitido o comunicado con inexactitud fuera conocido o debiera haber sido conocido con un mínimo de diligencia por el solicitante en el momento de realizar la declaración; 5) que el dato sea desconocido para la aseguradora en ese mismo momento; y 6) que exista una relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto".

La referida jurisprudencia ha llevado a esta sala a distintas soluciones, justificadas en cada caso por las diferencias de contenido de la declaración-cuestionario, siendo preciso reiterar, que en función de las concretas circunstancias concurrentes, esta sala ha apreciado la infracción del deber de declaración del riesgo tanto en virtud del carácter no impreciso del cuestionario -porque se preguntó al asegurado específicamente acerca de enfermedades concretas- como también, pese a su generalidad, en virtud de la existencia de "suficientes elementos significativos que el asegurado debía representarse como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar el riesgo" (sentencia 542/2017, de 4 de octubre, y posteriores).

QUINTO.- De aplicar la doctrina jurisprudencial anteriormente expuesta a los dos primeros motivos del recurso se desprende que deben ser desestimados por las siguientes razones:

1.ª) Como quiera que no se ha formulado recurso extraordinario por infracción procesal y que en casación han de respetarse los hechos probados, el problema jurídico planteado debe resolverse dando por sentado que el seguro de vida litigioso, cuya validez la aseguradora nunca ha discutido, se suscribió, con aquiescencia de dicha entidad, no por el asegurado sino por su hermana, que actuó en representación de aquel en virtud de poder cuya suficiencia tampoco se ha cuestionado. En este sentido, la sentencia recurrida declara



expresamente que la compañía "aceptó una firma de un contrato de seguro de vida con poder, y lo hizo desde un principio", y descarta que la compañía hubiera de esperar hasta que se practicó la pericial caligráfica para conocer que la firma estampada en la póliza y en el cuestionario no eran del asegurado sino de su hermana, lo que es coherente con que el empleado del banco que medió en la contratación del seguro tuviera que advertir necesariamente que la persona que lo suscribía no era la misma que la que aparecía identificada como tomador/asegurado.

2.ª) De lo anterior se sigue que, contrariamente a lo que razona la sentencia recurrida y como en el caso de la sentencia 273/2018, "no estamos ante un supuesto del párrafo cuarto del art. 83 LCS (seguro de vida sobre la vida de un tercero), cuya validez exige la concurrencia de interés del asegurado, que cabe presumir *iuris et de iure* si hubiera prestado su consentimiento expreso al seguro y que, a falta del mismo, exige la prueba de su existencia a cargo del tomador (sentencia 585/2008, de 24 de junio, que explica la génesis del precepto)", pues tomador y asegurado no eran personas distintas, sino que esta doble condición recayó en todo momento en D. Felix, por más que como representante de él interviniera su hermana para contratar un seguro sobre su propia vida que cubriera el riesgo de su propio fallecimiento. En consecuencia, y como también declaró la citada sentencia 273/2018, "tampoco resulta aplicable el art. 7 LCS, que permite la suscripción de cualquier modalidad de seguro tanto por cuenta propia como por cuenta ajena y según el cual "si el tomador del seguro y el asegurado son personas distintas, las obligaciones y los deberes que derivan del contrato corresponden al tomador del seguro, salvo aquellos que por su naturaleza deban ser cumplidos por el asegurado".

3.ª) Siguiendo el criterio de la citada sentencia 273/2018, al coincidir en D. Felix la doble condición de asegurado y tomador, tan solo a él incumbía cumplir con el deber de declarar el riesgo que establece el art. 10 LCS, no pudiendo estar representado por su hermana en el acto de cumplimentar el cuestionario/declaración de salud, por su carácter personalísimo.

4.ª) En consecuencia, la inobservancia de ese requisito excluye el dolo del asegurado, sin que en el presente caso concurren las muy especiales circunstancias que valoró la citada sentencia 273/2018 para apreciar dolo del asegurado.

Así:

a) En el caso de la sentencia 273/2018 (i) se apreció una situación de convivencia constante y continuada de ambas hermanas (apoderada y poderdante) en un domicilio común; (ii) la apoderada tenía la doble condición de beneficiaria del seguro y heredera de su hermana asegurada; (iii) ambas hermanas eran codeudoras del mismo crédito vinculado al seguro; y (iv) se apreció una actuación concertada de ambas para que la aseguradora no pudiera valorar adecuadamente el riesgo.

b) En el presente caso, por el contrario, (i) no consta la situación de convivencia de la que podría deducirse que la hermana era perfecta conocedora de los antecedentes de salud de su hermano (pues el domicilio del tomador/asegurado que aparece en la póliza -sita en C/ DIRECCION000 NUM001 de Almería- difiere del domicilio de su hermana en esa fecha -sita, según la escritura de poder general, en PASEO000 NUM003, de Almería, o según la escritura de préstamo hipotecario al que estaba vinculado el seguro de vida, en CALLE000 n.º NUM004 de Serón, localidad de donde era notaria); (ii) D.ª Cristina, aunque fuese fiadora solidaria del prestatario, no era ni beneficiaria del seguro ni heredera de su hermano, por serlo su madre, demandante en este litigio; (iii) sobre todo, no se ha probado que ambos hermanos se concertaran para ocultar a la aseguradora los antecedentes de salud del asegurado. En este sentido, es relevante la pasividad de la aseguradora al renunciar a la testifical de D.ª Cristina (fundamento de derecho quinto de la sentencia de primera instancia), y asimismo que la prueba documental no corrobore la afirmación de la compañía al folio 786 de las actuaciones de primera instancia de que el poder general se otorgó en la misma notaría de la apoderada, pues el poder aparece otorgado en Almería en junio de 2008, poco antes de suscribirse el seguro objeto de litigio, ante el notario D. Salvador Torres, y la certificación obtenida telemáticamente en febrero de 2013 por D.ª Cristina solo permite acreditar su condición de notaria de Serón en esa fecha; y (iv) los hechos probados corroboran la conclusión del tribunal sentenciador de que fue la compañía la que convirtió su deber de presentar un verdadero cuestionario al asegurado en un mero formalismo, al aceptar sin reparo la actuación del empleado del banco que medió en la contratación del seguro (que, como se ha dicho, necesariamente tuvo que advertir que quien firmaba la póliza y el cuestionario no era el asegurado sino su hermana) y, por tanto, que el cuestionario se cumplimentara en tales circunstancias, bien diferentes a las de la citada sentencia 273/2018, por un tercero distinto del asegurado.

En definitiva, el descuido o desatención de la propia aseguradora en relación con el cuestionario equivale en este caso a la falta de cuestionario y, por tanto, impide apreciar el dolo o culpa grave del asegurado a que se refiere el art. 10 LCS.



SEXTO.- El motivo tercero, de carácter subsidiario para el caso de ser desestimados los dos primeros motivos, se funda en infracción del art. 20.8.ª LCS y de la jurisprudencia de esta sala sobre la concurrencia de causa justificada para no imponer a la aseguradora los intereses de demora.

En su fundamentación se alega, en síntesis: (i) que la sentencia recurrida no pondera adecuadamente la razonabilidad de la oposición de la aseguradora al limitarse a declarar pertinentes tales intereses por no constar consignación alguna en este caso, cuando lo relevante para apreciar la concurrencia de causa justificada no es si se consignó o no la indemnización por el asegurador sino si era razonable que este acudiera al proceso; y (ii) que en este caso la oposición al pago y la tramitación del proceso estaban justificadas porque las sentencias de primera y segunda instancia son discrepantes, de forma que ha sido necesario agotar la segunda instancia para que la demanda se estimara, incumbiendo la determinación de la existencia o no de causa justificada a los órganos de instancia (cita y extracta la sentencia 35/2019, de 17 de enero).

La parte recurrida se ha opuesto al motivo alegando que es inadmisibile, por falta de acreditación del interés casacional, y que en todo caso debe ser desestimado porque la sentencia recurrida no se opone a la jurisprudencia invocada de contrario, pues si impone los intereses a la aseguradora no es solo porque esta no consignara la indemnización, sino también por no concurrir causa justificada, sin que el hecho de que el tribunal sentenciador no razonara expresamente al respecto implique que no haya tenido en cuenta lo dispuesto en el art. 20.8.ª LCS y en la jurisprudencia que lo interpreta.

SÉPTIMO.- El motivo debe ser desestimado por las siguientes razones:

1.ª) Desde un punto de vista formal, incurre en la causa de inadmisión, ahora apreciable como razón para desestimarlo (en este sentido p.ej. sentencias 368/2021, de 28 de mayo, 85/2021, de 16 de febrero, y 630/2020, de 24 de noviembre), de falta de la debida justificación del interés casacional invocado (art. 483.2.3.º LEC en relación con el art. 477.2.3.º LEC), toda vez que en realidad cuestiona la motivación de la decisión del tribunal sentenciador sobre la imposición de los intereses del art. 20 LCS -por insuficiente- más que la decisión misma, lo que implica plantear improcedentemente en casación cuestiones de índole procesal.

2.ª) En cualquier caso, el pronunciamiento de la sentencia recurrida se ajusta a la doctrina jurisprudencial sobre la materia.

Según dicha jurisprudencia (sintetizada en la sentencia 739/2021, de 22 de noviembre, con cita de las sentencias 37/2021, de 1 de febrero, y 588/2021, de 6 de septiembre), debido al carácter marcadamente sancionador de los intereses del art. 20 LCS, que obliga a una interpretación restrictiva de las causas justificadas de exoneración y a descartar que la mera pendencia del proceso pueda convertirse en excusa para que la aseguradora no cumpla sus obligaciones, la apreciación de causa justificada, partiendo de los hechos probados, solo es posible "en los específicos supuestos en que se hace necesario acudir al proceso para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación de indemnizar", lo que acontece cuando las dudas afectan a la realidad misma del siniestro y también, cuando por las circunstancias del propio siniestro o por el texto de la póliza la duda racional alcance a la cobertura a cargo de la aseguradora.

Tales circunstancias no concurren en este caso, ya que no se discute ni el hecho del fallecimiento del asegurado estando la póliza en vigor ni que conforme a la póliza el siniestro estaba cubierto con una concreta suma asegurada, al tratarse de un seguro de vida que incluía como garantía principal el fallecimiento del asegurado con un capital que se correspondía con la cantidad reclamada a la compañía aseguradora.

Si a lo anterior se une lo ya razonado acerca del descuido o desatención de la aseguradora en relación con el cuestionario, la desestimación de este último motivo no viene sino a corroborarse.

OCTAVO.- Conforme a los arts. 487.2 y 398.1 en relación con el 394.1, todos de la LEC, procede confirmar la sentencia recurrida e imponer las costas a la recurrente, que conforme a la d. adicional 15.ª 9 LOPJ perderá el depósito constituido.

FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido

1.º- Desestimar el recurso de casación interpuesto por la demandada Cajamar Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, contra la sentencia dictada el 29 de marzo de 2019 por la sección 1.ª de la Audiencia Provincial de Almería en el recurso de apelación n.º 1346/2017.

2.º- Confirmar la sentencia recurrida.

3.º- E imponer las costas a la parte recurrente, que perderá el depósito constituido.



Líbrese a la mencionada Audiencia la certificación correspondiente con devolución de los autos y rollo de apelación remitidos.

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa.

Así se acuerda y firma.

FONDO DOCUMENTAL CENDOJ